



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES



EHPAD Maison de retraite

L'ÉTE INDIEN

**14 rue des Croillerans
21121 DAIX
Tél. 03 80 58 40 00
Fax 03 80 58 40 40**

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI **CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile

Chez enfant/Proche

Logement foyer

EHPAD

Hôpital

SSIAD / SAD¹

Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter^[1]

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ___ / ___ / _____

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS

 OUI NON

ALLERGIES

 OUI NON

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

 NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

 OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

 OUI NON

REEDUCATION

 OUI NON

Cécité

Kinésithérapie

Surdité

Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Déshinibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
	Soins d'ulcère	
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Uréterostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal :

Commune/Ville :

Date :/...../.....

Signature
et cachet du
Médecin

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL AMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

**DOCUMENT A RENSEIGNER EN COMPLEMENT DU DOSSIER NATIONAL
UNIQUE D'ADMISSION EN EHPAD Décret n° 2012-493 du 13 avril 2012**

CARDIO-VASCULAIRE	OUI	NON
Insuffisance cardiaque		
coronaropathie		
HTA		
Troubles du rythme		
Phlébite		
Thrombose artérielle		
Artériopathie chronique		
Hypotension orthostatique		
Autre (précisez) :		

NEURO PSYCHIATRIE	OUI	NON
AVC		
Epilepsie		
Syndrome Parkinsonien		
Syndrome confusionnel		
Troubles démentiels		
type :		
MMS (date) :/.../.....		
Autre (précisez) :		

BRONCHO PULMONAIRE	OUI	NON
BPCO		
Asthme		
Insuffisance respiratoire chronique		
Embolie pulmonaire		
Synd. Apnée du sommeil		
Autre (précisez) :		

PATHOLOGIES INFECTIEUSES	OUI	NON
Syndrome Infectieux locaux		
type :		
Syndrome inf. généralisés		
type :		
Autre (précisez) :		

OSTEO ARTICULAIRE	OUI	NON
Pathologie de la hanche		
Prothèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
Pathologie du genou		
Prothèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
Pathologie de l'épaule		
Prothèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
Pathologie vertèbro-discale		
Ostéoporose		
Polyarthrite et autres pathologies articulaires		
Autre (précisez) :		

GASTRO ENTEROLOGIE	OUI	NON
RGO, hernie hyatale		
Ulcère gastro-duodéal		
Pathologies hépatique, biliaire, pancréatique		
Dénutrition		
Autre (précisez) :		

ENDOCRINOLOGIE	OUI	NON
Diabète Type 1		
Diabète Type 2		
Dysthyroïdie		
Autre (précisez) :		

URO GENITAL NEPHROLOGIE	OUI	NON
Infection urinaire basse		
Insuffisance rénale		
Incontinence urinaire		
Prolapsus génito-urinaire		
Rétention urinaire		
Pathologie prostatique		
Autre (précisez) :		

AUTRES PATHOLOGIES	OUI	NON
Anémie		
type :		
Etat cancéreux		
type :		
Hémopathie maligne		
Syndrome Inflammatoire		
Cataracte <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
Opérée ?		
Glaucome <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
Opéré ?		
DMLA		
Autre (précisez) :		

Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> haché	<input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> mixé lisse	<input type="checkbox"/> liquide
	<input type="checkbox"/> hyper protéiné	<input type="checkbox"/> diabétique	<input type="checkbox"/> sans sel	<input type="checkbox"/> sans résidus	

Autonomie pour prendre les médicaments OUI NON Autonomie pour gérer son ordonnance OUI NON

La grille d'autonomie NEW AGGIR ci-après doit obligatoirement être renseignée (décret n° 2008-821 du 21 août 2008, JO du 23 août 2008) ; si le remplissage des adverbes est difficile, informer seulement la colonne « code » par A, B ou C.

GRILLE NEW AGGIR

décret n° 2008-821 du 21 août 2008, JO du 23 août 2008

Nom, prénom du potentiel résident :

Date de naissance :

MODÈLE AGGIR

Niveaux A, B, ou C pour les activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.

Activités réalisées par la personne seule, en excluant ce que font les aidants et les soignants.

		Ne fait pas	S	T	C	H	Code A, B, C	
1	Transferts							<p>Pour chaque item, cochez :</p> <p>Ne fait pas : si la personne ne fait jamais, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à la place ou faire faire ou TOUT REFAIRE.</p> <p>S, Spontanément : suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation</p> <p>T, Totalemment : suppose que l'ensemble des activités du champ analysé soit réalisé seul</p> <p>C, Correctement : recouvre la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et des autres</p> <p>H, Habituellement : fait référence au temps et à la fréquence de réalisation</p> <p>-----</p> <p>Puis codez secondairement par A, B, ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S T C H :</p> <ul style="list-style-type: none"> • code A : une croix dans toutes les cases STCH • code B : entre 1 et 3 cases STCH cochées • code C : aucune case STCH cochée et case « ne fait pas » cochée. <p>Si sous-variable : le C l'emporte sur le B et le B l'emporte sur le A.</p>
2	Déplacements à l'intérieur							
3	Toilettes							
	Haut							
	Bas							
4	Elimination							
	Urinaire							
	Fécale							
5	Habillage							
	Haut							
	Moyen							
	Bas							
6	Cuisine							
7	Alimentation							
	Se servir							
	Manger							
8	Suivi du traitement							
9	Ménage							
10	Alerter							
11	Déplacements à l'extérieur							
12	Transports							
13	Activité de temps libre							
14	Achats							
15	Gestion							
16	Orientation							
	Dans le temps							
	Dans l'espace							
17	Cohérence							
	Communication							
	Comportement							
								Groupe iso ressources <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM : _____ prénom(s) : _____

Adresse :

Date : _____

Signature et cachet du Médecin :